

## The Comparison between Coping Styles and Psychological Well-Being among Patients with Multiple Sclerosis and Normal People

Mahnaz Cheraghi. M.A.

Psychology, Islamic Azad University of Saveh, Iran

Sadegh Nasri. Ph.D.

Academic Member, Shahid Rajaei Teacher Training University, Tehran, Iran

### Abstract

The present study aimed to comparatively assess the coping styles and psychological well-being among patients with multiple sclerosis and normal people. The research method was carried out using a causal-comparative study. The population consisted of all treated multiple sclerosis patients membered in Tehran Multiple Sclerosis Society and healthy people of Tehran in 2015. In so doing, 69 people from each group, as the samples, were selected by simple random sampling. The research variables were evaluated using Psychological Well-Being (Ryff, 1989) and Stress-Coping Styles (Endler and Parke, 1990) questionnaires. The data were analyzed by multivariate analysis of variance (MANOVA). The results showed a significant difference in self-acceptance, environmental mastery, purpose in life, and personal growth of the well-being variables in both investigated groups ( $P < 0.05$ ). It was also revealed that multiple sclerosis patients used more significantly avoidance-oriented coping among the present coping styles ( $P < 0.05$ ). No significant difference was found in other dependent variables between the two groups. Caring about psychological treatments and using effective coping styles in patients with multiple sclerosis are essential. The results of this study may contribute to more recognition and intervention for mental health promotion after the onset of multiple sclerosis.

**Keywords:** psychological well-being, coping styles, multiple sclerosis.

## مقایسه سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم

مهناز چراغی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ایران

صادق نصری\*

عضو هیأت علمی دانشگاه تربیت دبیر شهید رجایی، تهران، ایران

### چکیده

هدف این پژوهش، بررسی مقایسه‌ای سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم بوده است. روش پژوهش علی-مقایسه‌ای و جامعه آماری مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس تحت درمان و عضو انجمن ام.اس (مولتیپل اسکلروزیس) تهران و افراد سالم در شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بودند. ۶۹ بیمار و ۶۹ فرد سالم به‌طور تصادفی ساده انتخاب شدند. متغیرهای پژوهش با پرسشنامه‌های بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹) و سبک‌های مقابله‌ای (اندلر و پارکر، ۱۹۹۰)، مورد سنجش قرار گرفتند. با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا)، فرضیه‌ها آزمایش شدند. نتایج نشان داد که دو گروه در متغیرهای پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی از مؤلفه‌های بهزیستی، تفاوت‌های معناداری دارند ( $P < 0/50$ ) و میانگین گروه بیماران ام.اس پایین‌تر از افراد سالم بود. همچنین گروه بیمار به‌طور معناداری از شیوه مقابله‌ای اجتنابی بیشتر استفاده می‌کردند ( $P < 0/50$ ). در سایر متغیرهای وابسته بین دو گروه، تفاوت معناداری مشاهده نشد. توجه به بهزیستی روان‌شناختی و به‌کارگیری آنان از سبک‌های مقابله‌ای مؤثر در مبتلایان به ام.اس امری ضروری است. بنابراین نتایج پژوهش به شناخت بیشتر و مداخله برای ترویج سلامت روانی پس از شروع این بیماری کمک می‌کند.

**واژه‌های کلیدی:** بهزیستی روان‌شناختی، سبک‌های مقابله‌ای، مولتیپل اسکلروزیس.

## مقدمه

این بیماران، امری اجتناب‌ناپذیر است (فامیل شریفیان، خلیلی، حسن‌زاده پشنگ، کمرزین و تقی‌زاده، ۱۳۹۲). به‌طور کلی، درمان‌های روان‌شناختی سبب بهبود کیفیت زندگی و سلامت روانی و کاهش علائم اسکیزوفرنی، اضطراب و تنش می‌شود. بیشتر درمان‌های روان‌شناختی، به‌خصوص در مقایسه با درمان‌ها و مراقبت‌های معمول، اثر مثبتی را به‌دست می‌دهند (پاگینی و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، ارتقای بهزیستی روان‌شناختی و بهبود روابط عاطفی و اجتماعی، بهبود عملکرد و همزیستی مناسب با بیماری را در پی خواهد داشت. علاوه بر این، ادراک بیماری که از متغیرهای مهم روان‌شناختی است، بر روی تصویر و نگرش فرد مبتلا در تطابق او با بیماری و در نتیجه کیفیت زندگی وی مؤثر است (شمیلی، زارع و اورکی، ۱۳۹۲). هنگامی که فرد با شرایط تشن‌زا روبه‌رو می‌شود، معمولاً با استفاده از مجموعه‌ای از راهبردهای مقابله، به‌طور خودکار به آن پاسخ می‌دهد تا تأثیرات تنش را بر عملکرد خود تقلیل دهد یا حذف کنند (اوکوبروا و آرنه، ۲۰۱۴). سازوکارها و سبک‌های مقابله‌ای<sup>۱</sup> که مبتلایان به ام‌اس استفاده می‌کنند، ممکن است کیفیت سلامت زندگی آنها را در هر دو جهت مثبت و یا منفی تحت تأثیر قرار دهد. اینکه خود بیمار بپذیرد که «من ام‌اس دارم، اما به آن زیاد فکر نمی‌کنم» با کیفیت خوب سلامت زندگی همراه است (میشل، بنیتو-لئون، مورالس، گونزالز و ریورا - ناوارو<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۵). از طرفی، به نظر می‌رسد سبک‌های مقابله‌ای، با بیماری مرتبط باشد و توانایی کنترل این بیماری ممکن است با گذشت زمان موجب بهبود در طول دوره بیماری شود. بنابراین شناسایی و به‌دنبال آن آموزش سبک‌های مقابله‌ای مناسب به بیماران در رویارویی مناسب با مسائل و مشکلات بهبود سلامت روان آنان را نیز به همراه داشته باشد. مطالعه کیفیت زندگی به‌منظور تعیین راهبردهای جدید برای ارتقای سلامت و بهزیستی امری ضروری به نظر می‌رسد (البوکرکو، جرالودو، مارتینز و ریبریو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۵). با توجه به مرور منابع موجود، به نظر می‌رسد پژوهشی در کشور که وضعیت سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی را به‌طور همزمان در افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس با افراد سالم مقایسه کند، صورت نگرفته باشد. بنابراین، این پژوهش بر آن است که با انجام این مقایسه، اطلاعات زمینه‌ای را برای

ام‌اس (مولتیپل اسکلروزیس<sup>۱</sup>) یکی از شایع‌ترین دلایل عصبی ناتوانی دستگاه عصبی مرکزی است و شامل انواع علائم ناتوان‌کننده فیزیکی، حسی، شناختی و عاطفی است (پاگینی، بوسما، فیلیس و لانگر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴) و در صورت ادامه‌دار شدن مداخله نکردن به‌موقع، احتمال فلج کامل و حتی مرگ را در پی دارد. براساس گزارش‌های منتشر شده، این بیماری عصبی بیش از ۲/۳ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر خود قرار داده است (باسی، فالاتانو، سیلیا، گوریتی، گروبریو<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). مشکل اصلی این بیماری، علاوه بر میزان شیوع بالا، نبود درمان قطعی و به‌تبع آن پیدایش اختلالات روانی و تهدید سلامت روان‌شناختی افراد مبتلا است (امیرغلامی و حیدری، ۱۳۹۳). امروزه پژوهشگران بر این باورند که بیماری ام‌اس نتیجه عوامل ویروسی، ژنتیکی، محیطی، ایمنی‌شناختی و روان‌شناختی است (محمدی، آقایی، گلپور و اعتمادی‌فر، ۱۳۸۶). عوامل روانی و اجتماعی ممکن است پیش‌بینی‌کننده شروع این بیماری باشد و یا نقش مهمی در پیشرفت و ارتباط نزدیکی با نشانه‌های آن داشته باشد. از آنجا که اختلالات شناختی<sup>۴</sup> که مهمترین عامل تعیین‌کننده فعالیت‌های اجتماعی فرد است، یکی از بارزترین پیامدهای بیماری ام‌اس است (ریو، گایسون و استفان<sup>۵</sup>، ۲۰۱۴)، این بیماری تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کیفیت زندگی و فعالیت‌های اجتماعی افراد مبتلا حتی در اوایل بیماری می‌گذارد. مسلماً ماهیت متغیر نقایص شناختی و سطوح متفاوت این نقایص در مبتلایان مولتیپل اسکلروزیس، موجب وابستگی این افراد به دیگران می‌شود و با پیشرفت بیماری نیاز به تغییر سبک زندگی و درمان حمایتی را می‌طلبد (چیاراوالوتی و دلوسا<sup>۶</sup>، ۲۰۰۸).

ام‌اس ممکن است تأثیر مخربی بر احساس شخص از خود بگذارد، به‌طوری که خودپنداره‌های مثبت جای خود را به خودپنداره‌های منفی بسپارد. این تغییرات اثر منفی بر بهزیستی روان‌شناختی<sup>۷</sup> فرد می‌گذارد (بارکر، نیر، لینکلن و نایجل<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴). حملات این بیماری به همراه خود، حملات روانی نیز خواهد آورد و ممکن است امید به زندگی را در بیمار از بین ببرد. بنابراین فراهم آوردن شرایط برای ادامه زندگی با کیفیت مطلوب و رضایتمندی و کارآمدی به همراه درمان بیماری در

1. Multiple Sclerosis  
3. Bassi, Falautano, Cilia, Goretti & Grobberio  
5. Reeve, Gayson & Stephan  
7. psychological well-being  
9. Ukueberuwa & Arnett  
11. Mitchell, Benito-Leon, Morales, Gonzalez & Rivera-Navarro

2. Pagnini, Bosma, Phillips & Langer  
4. cognitive disorders  
6. Chiaravallotti & DeLuca  
8. Barker, Nair, Lincoln & Nigel  
10. coping styles  
12. Albuquerque, Geraldo, Martins & Riberio

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای<sup>۱</sup>: به‌منظور بررسی انتخاب روش‌های مقابله با شرایط پرتنش در آزمودنی‌ها از پرسشنامه ۲۱ سؤالی سبک‌های مقابله‌ای اندلر و پارکر<sup>۳</sup> (۱۹۹۰) استفاده شد که سه سبک مقابله مسأله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی را ارزیابی می‌کند و ۴۸ عبارت دارد. بویسان<sup>۴</sup> (۲۰۱۲) ضریب آلفای زیرمقیاس‌ها برای مقابله مسأله‌مدار را ۰/۷۲، مقابله هیجان‌مدار را ۰/۷۷ و مقابله اجتنابی را ۰/۷۴ گزارش کرده است. همچنین پایایی حاصل از روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای مقابله مسأله‌مدار ۰/۷۹، مقابله هیجان‌مدار ۰/۷۵ و مقابله اجتنابی ۰/۶۶ بوده است. نتایج تحلیل عامل کالزبیک، مایک، هنگوون و دکرو<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۲) ساختار ۳ عاملی نسخه کوتاه پرسشنامه مقابله با شرایط پرتنش را تأیید کرد، که این امر نشان‌دهنده اعتبار سازه این آزمون است. در این پژوهش آلفای کرونباخ به‌دست آمده برای مقابله مسأله‌مدار ۰/۷۸، مقابله هیجان‌مدار ۰/۸۰ و مقابله اجتنابی ۰/۷۴ بوده است.

### روش اجرا و تحلیل داده‌ها:

برای تحلیل داده‌ها، از روش‌های آماری توصیفی (مانند فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (روش تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد.

### یافته‌ها

براساس یافته‌های توصیفی، ۷۲/۵ درصد بیماران ام‌اس را زنان و ۲۷/۵ درصد این افراد را مردان تشکیل می‌دادند. همچنین در گروه افراد سالم، ۴۷/۸ درصد زن و ۵۲/۲ درصد مرد بودند. میانگین و انحراف معیار سن در این بیماران به ترتیب ۲۹/۱۵ و ۸/۲۵ و در گروه افراد سالم به ترتیب ۳۰/۳۴ و ۹/۱۲ بوده است. میانگین و انحراف معیار تحصیلات به سال در گروه بیماران به ترتیب ۱۶ و ۴/۲۲ و در گروه افراد سالم به ترتیب ۱۶/۳ و ۵/۰۶ به‌دست آمد. جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آنها را به تفکیک دو گروه آزمودنی نشان داده است. مطابق اطلاعات مندرج در جدول ۱، میانگین سبک مقابله‌ای مسأله‌مدار در هر دو گروه بیماران ام‌اس و افراد سالم، بیشتر از سبک‌های دیگر است. همچنین سبک مقابله‌ای هیجان‌مدار کمترین استفاده را به خود اختصاص داده است. اطلاعات جدول ۱، بیانگر پایین‌تر بودن میانگین بهزیستی روان‌شناختی و تمام زیرمقیاس‌های آن در گروه بیماران ام‌اس از گروه افراد سالم است.

به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی به‌منظور ارتقای سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی این بیماران فراهم سازد. دو فرضیه اصلی در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفت:

- ۱- بین بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن در مبتلایان به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم تفاوت وجود دارد.
- ۲- بین سبک‌های مقابله‌ای افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس و افراد سالم تفاوت وجود دارد.

### روش

**روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه:** روش این پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای است، زیرا دو گروه افراد مبتلا به ام‌اس و افراد سالم، بدون دستکاری و دخل و تصرفی مورد مقایسه قرار گرفته‌اند.

جامعه آماری این پژوهش، بیماران مبتلا به ام‌اس عضو انجمن مولتیپل اسکلروزیس تهران و افراد سالم شهر تهران در سال ۱۳۹۴ بوده است. نمونه آماری این پژوهش در ابتدا ۸۰ بیمار مبتلا به ام‌اس بود که به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. به دلیل نقص برخی پرسشنامه‌ها، تعداد بیماران به ۶۹ نفر تقلیل یافت. بیان این نکته ضروری است که نداشتن سابقه بیماری غیر از ام‌اس، شرط انتخاب افراد بود. همچنین ۶۹ نفر از افراد سالم شهر تهران نیز به‌طور تصادفی انتخاب شدند. قبل از مقایسه متغیرهای پژوهش، بین دو گروه مورد مقایسه از نظر جنس و سن تفاوت معناداری وجود نداشته است.

### ابزار سنجش:

**پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ریف:** برای سنجش میزان بهزیستی روان‌شناختی از پرسشنامه ۸۴ سؤالی بهزیستی روان‌شناختی ریف<sup>۱</sup> (۱۹۸۹) که ۶ مؤلفه اصلی الگوی بهزیستی روان‌شناختی پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، خودمختاری، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی را ارزیابی می‌کند، استفاده شد. در پژوهش بیانی، کوچکی و بیانی (۱۳۸۷) ضریب پایایی درونی (آلفای کرونباخ) این آزمون برای تمام مؤلفه‌ها بیش از ۰/۷۰ گزارش شده است. بررسی روایی سازه این ابزار از طریق تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که مدل شش‌عاملی پیشنهادی سازندگان در قیاس با مدل‌های یک و سه‌عاملی، برازش بهتری داشته است. در مطالعه کنونی، آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ و برای مؤلفه‌ها از ۰/۷۲ تا ۰/۸۴ بوده است.

1. Ryff

3. Endler and Parker

5. Calsbeek, Mieke, Hengowen & Dekker

2. stress-coping styles questionnaire

4. Baysan

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سبک‌های مقابله‌ای و بهزیستی روان‌شناختی به تفکیک دو گروه ام‌اس و سالم

افراد سالم		بیماران ام‌اس		متغیرها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
				سبک مقابله‌ای
۳/۵۷	۱۹/۶۵	۳/۶۶	۲۱/۳۳	اجتنابی
۴/۵۴	۲۲/۶۱	۴/۶۴	۲۲/۰۶	مسأله‌مدار
۴/۷۰	۲۰/۲۷	۳/۹۱	۱۹/۸۸	هیجان‌مدار
۲۸/۴۲	۳۱۴/۴۳	۳۰/۰۴	۳۰۸/۳۵	بهزیستی روان‌شناختی
۷/۰۲	۵۳/۲۶	۵/۷۱	۵۰/۱۰	پذیرش خود
۷/۹۷	۵۶/۹۰	۷/۴۴	۵۵/۰۹	روابط مثبت با دیگران
۶/۳۴	۵۲/۵۲	۴/۷۷	۵۱/۵۴	خودمختاری
۸/۹۷	۵۷/۵۲	۹/۱۶	۵۲/۹۰	تسلط بر محیط
۷/۴۸	۵۸/۶۷	۷/۲۷	۵۴/۰۱	زندگی هدفمند
۶/۸۳	۵۹/۴۹	۶/۵۴	۵۵/۴۳	رشد فردی

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس متغیرهای وابسته مورد مطالعه در دو گروه بیمار و سالم

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین	F	سطح معناداری	مجذورات
پذیرش خود	۳۴۴/۳۸	۱	۳۴۴/۳۸	۸/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۰۵۸
روابط با دیگران	۱۱۳/۲۲	۱	۱۱۳/۲۲	۱/۹۱	۰/۱۷۰	۰/۰۱۴
خودمختاری	۳۳/۵۱	۱	۳۳/۵۱	۱/۰۶	۰/۳۰۴	۰/۰۰۸
تسلط بر محیط	۷۳۷/۴۰	۱	۷۳۷/۴۰	۸/۹۷	۰/۰۰۳	۰/۰۶۲
زندگی هدفمند	۷۴۶/۶۷	۱	۷۴۶/۶۷	۱۳/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۰۹۲
رشد فردی	۵۶۸/۱۲	۱	۵۶۸/۱۲	۱۲/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۰۸۵
بهزیستی روان‌شناختی	۱۲۷۸/۲۶	۱	۱۲۷۸/۲۶	۱/۴۹	۰/۲۲۴	۰/۰۱۱
سبک اجتنابی	۹۷/۵۱	۱	۹۷/۵۱	۷/۴۶	۰/۰۰۷	۰/۰۵۲
سبک مسأله‌مدار	۱۰/۴۶	۱	۱۰/۴۶	۰/۵۰	۰/۴۸۲	۰/۰۰۴
سبک هیجان‌مدار	۵/۲۸	۱	۵/۲۸	۰/۲۸	۰/۵۹۶	۰/۰۰۲

نتیجه با یافته‌های پژوهش‌های قاسمی، گرجی، اشتر و قاسمی (۲۰۱۵) و پایوتروسکا، پایوتروسکا و ساموچویک<sup>۱</sup> (۲۰۱۰) همسو است. نتایج این پژوهش با توجه به مبانی نظری و پژوهشی قابل انتظار بوده است. چرا که این افراد تمایل به محدود کردن و یا فرار از روابط بین فردی، و خودداری از چالش‌های جدید و اهداف جدید دارند. در نتیجه، در زندگی این افراد به تدریج نشانه‌های پذیرش خود و عزت‌نفس کمتر مشاهده می‌شود. به عبارت دیگر، این افراد به خود نگرش مثبت نداشته و جنبه‌های مختلف خود، مانند ویژگی‌های خوب و بد و احساس مثبت درباره زندگی گذشته خود را احساس نمی‌کنند و بیشتر به جنبه‌های منفی و ویژگی‌های بد اکنون و نیز وضعیت نابسامان جسمی و روحی در زمان حال می‌نگرند و لذا عزت‌نفس آنان کاهش می‌یابد و قدرت پذیرش خود را به همان‌گونه که هستند از دست می‌دهند.

نتیجه دیگر این پژوهش این بود که افراد دارای ام‌اس در مؤلفه تسلط بر محیط از افراد سالم پایین‌تر بودند. این یافته با نتایج پژوهش هارت، فوناریوا، مرلوزی و موهر<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) که بر روی تأثیر بهزیستی روان‌شناختی بر افسردگی این افراد انجام داده بود، همسو است. بی‌تردید خستگی جسمی با ناتوانی جسمی و خستگی روانی با افسردگی در بیماران ام‌اس ارتباط دارند. خستگی تأثیر بسیاری در زندگی روزمره این بیماران دارد، به طوری که مانع فعالیت‌های فیزیکی می‌شود و در مسؤلیت‌پذیری، کار و نقش‌های اجتماعی تداخل ایجاد می‌کند که سبب نارضایتی از کیفیت زندگی در این بیماران می‌شود. کاهش کیفیت زندگی و نارضایتی فرد از زندگی خود موجب می‌شود فرد بیمار احساس کند که تسلط بر محیط خود را از دست داده است و قدرت تحمل بیماری و زندگی خود را دشوار و خارج از تسلط خود بداند. در این صورت، فرد بیمار قدرت کنترل فعالیت‌های بیرونی خود را از دست می‌دهد و موفق به استفاده مؤثر از فرصت‌های پیرامون خود نمی‌شود. با از دست دادن فرصت‌های پیش‌آمده، کم‌کم اعتماد به نفس کاهش می‌یابد و فرد بیمار خود را فردی سردرگم و ناشایست می‌داند که قدرت تسلط بر محیط خود را ندارد. این وضعیت به طبع موجب کاهش بهزیستی روان‌شناختی در فرد می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که افراد دارای ام‌اس از زندگی هدفمند پایین‌تری نسبت به افراد سالم برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش قاسمی و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. این واقعیت که این بیماری تاکنون درمان قطعی پیدا نکرده است، در افراد مبتلا این تصور را تقویت می‌کند که آینده

برای بررسی فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری (مانوا) استفاده شد. بیان این نکته ضروری است که تمامی پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چندمتغیری شامل بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس - کواریانس متغیرهای وابسته و وجود رابطه خطی، با آزمون‌های کلموگروف - اسمیرنوف، لون، ام‌باکس و آزمون‌های تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفتند و شرایط برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری برقرار بوده است. در جدول ۲ نتایج مربوط به تحلیل واریانس متغیرهای پژوهش آمده است.

بر اساس اطلاعات حاصل در جدول ۲ می‌توان دریافت که بین دو گروه بیمار و سالم از نظر کل نمرات بهزیستی روان‌شناختی تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی در متغیرهای «پذیرش خود» ( $F=8/40, P=0/004$ )، «تسلط بر محیط» ( $F=13/71, P=0/000$ )، «زندگی هدفمند» ( $F=8/97, P=0/003$ ) و «رشد فردی» ( $F=12/70, P=0/001$ ) از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی، بین دو گروه بیمار و سالم تفاوت معناداری وجود دارد. در صورتی که با توجه به بیشتر بودن سطح معناداری متغیرهای «روابط با دیگران» و «خودمختاری» از ۰/۰۵، می‌توان دریافت که تفاوت زیادی بین دو گروه بیمار و سالم وجود ندارد. در نتیجه فرضیه اول پژوهش مبنی بر تفاوت میزان بهزیستی روان‌شناختی گروه ام‌اس و سالم تأیید می‌شود و میانگین مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی بهزیستی روان‌شناختی افراد سالم بیشتر از گروه بیماران مبتلا به ام‌اس بوده است. به عبارت دیگر، بهزیستی روان‌شناختی مبتلایان به ام‌اس کمتر بوده است. همچنین جدول ۲ نشان می‌دهد که بین این دو گروه در سبک مقابله‌ای اجتنابی، تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0/007$ )، و میانگین گروه بیماران ام‌اس بالاتر بوده و از سبک مقابله‌ای اجتنابی بیشتر استفاده می‌کردند. در صورتی که بین این دو گروه، در سبک‌های مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسأله‌مدار تفاوت معناداری مشاهده نشد و فرضیه دوم فقط در مؤلفه سبک مقابله‌ای اجتنابی تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، بیماران مبتلا به ام‌اس در مؤلفه پذیرش خود از مؤلفه‌های بهزیستی روان‌شناختی به طور معناداری نمرات کمتری نسبت به گروه سالم کسب کردند و میزان پذیرش خود کمتری داشتند. این

درازمدتی ندارند. از طرفی با وقوع بیماری چون اهدافی که در گذشته برای بزرگسالی خود برنامه‌ریزی کرده بودند از دست‌رفته می‌بینند، دچار ناکامی و ناامیدی برای زندگی هدفمند می‌شوند، در نتیجه هیچ‌گاه برای مدت طولانی برنامه‌ریزی نمی‌کنند و سعی در رؤیاپردازی برای آینده‌های دور خود ندارند. شاید بیشترین برنامه‌ریزی و تفکر آنها حول مهار بیماری و چگونگی گذران زندگی خود با وجود ناتوانی‌های ناشی از بروز حمله‌های بیماری باشد. اگر این بیماری را بتوانند مهار کنند، اهدافشان در زندگی معنا پیدا می‌کند و اگر موفق نشوند، نه تنها زندگی را بی‌معنا می‌یابند، بلکه تمام اهدافی که زمانی برایشان مهم بوده، اهمیت خود را از دست می‌دهد و کم‌کم فرد خود را در پوچی عظیمی که برای خودش رقم زده پیدا می‌کند. این بی‌هدفی و بی‌معنایی زندگی، امید را از فرد بیمار می‌گیرد و وی را هر روز بیشتر به سمت اضمحلال هدایت می‌کند.

رشد فردی پایین‌تر افراد مبتلا به ام‌اس نسبت به افراد سالم از دیگر نتایج این پژوهش است. بیان این نکته ضروری است که این یافته با نتایج پژوهش‌های باراک و آپیران<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) ناهمسو است. اگرچه یافته‌های پژوهش آنها نشان می‌دهد که بیماری ام‌اس امکان دستیابی به رشد شخصی را نفی نمی‌کند، با این حال، مبانی نظری مبین این عقیده است که این بیماری با تأثیرگذاری مستقیم بر روی شخصیت، روحیات و بهداشت روانی فرد، رشد فردی را تضعیف می‌کند و فرد را برای تصمیم‌گیری‌های مهم و حیاتی زندگی خود با مشکل روبه‌رو می‌کند. چنین فردی احساس می‌کند توانایی دستیابی به تجربه‌های نو به‌عنوان یک موجود دارای استعدادها بالقوه را ندارد. فردی که به چنین احساسی از خود می‌رسد، خود را انسانی بی‌ارزش و اضافی تلقی می‌کند و هدف و معنای زندگی را از دست می‌دهد و عزت‌نفس او کاهش پیدا می‌کند. این افول شخصیتی ممکن است صدمات بیشتری بر بهزیستی روان‌شناختی فرد مبتلا داشته باشد. این امر خود موجب پایین آمدن کیفیت زندگی و عدم تلاش فرد مبتلا برای دستیابی به توانایی‌ها و شکوفایی استعدادهاش می‌شود. با توجه به جدول ۲ می‌توان دریافت که در دو مؤلفه «روابط با دیگران» و «خودمختاری» به دلیل نبود تفاوت آماری قابل ملاحظه، تفاوت معناداری بین دو گروه مبتلایان به ام‌اس و سالم مشاهده نشد.

در خصوص انتخاب سبک مقابله بر طبق نتایج این پژوهش، مشخص شد که افراد مبتلا به ام‌اس بیشتر از افراد سالم از سبک مقابله‌ای اجتنابی استفاده می‌کنند. این نتیجه با یافته‌های پژوهش بساکتراد، رحیمی، زرگر و مجدی‌نسب

(۱۳۹۲) و اکوبروا و آرنت (۲۰۰۵) همسو است. از آنجایی که مبتلایان به ام‌اس خود را در رویارویی با شرایط تنش‌زا ناتوان و ضعیف می‌بینند، به سبک مقابله‌ای اجتنابی روی آورده که در آن، فرد با فاصله گرفتن از مسأله تنش‌زا از آن فرار می‌کند و در جست‌وجوی حمایت عاطفی و واگذاری مسؤولیت مقابله به اطرافیان است. با در نظر گرفتن این خصوصیت، چندان دور از ذهن نیست که مبتلایان به ام‌اس از این سبک مقابله‌ای استفاده کنند. از آنجایی که این بیماری درمان قطعی ندارد، بنابراین باعث ضعف قوای جسمی و روانی و پایین آوردن کیفیت زندگی و بهداشت روانی بیمار می‌شود. بیمار سعی می‌کند با دوری از واقعیت یا پنهان کردن آن خود را از عوارض این بیماری تا حد امکان دور کند. بر طبق مراحل رویارویی با مشکل و حادثه که شامل انکار، شوک، اجتناب و قبول واقعیت است، در واقع افرادی که از این سبک مقابله‌ای استفاده می‌کنند، با شوک ناشی از بیماری و عبور از مرحله انکار حادثه، به اجتناب از واقعیت روی می‌آورند و سعی در پنهان کردن و یا به‌عبارت دیگر باور نکردن واقعیت ماجرا می‌کنند. این نوع سبک مقابله‌ای نه تنها چاره مناسبی در رویارویی با مسأله نیست، بلکه در تعاملی دوسویه امکان کاهش سلامت روان و بهزیستی در فرد را نیز ایجاد می‌کند.

با توجه به مشاهدات و یافته‌های این پژوهش، مشخص گردید که بیماران مبتلا به ام‌اس در مؤلفه‌های پذیرش خود، تسلط بر محیط، زندگی هدفمند و رشد فردی در زمینه بهزیستی روان‌شناختی، نسبت به افراد سالم وضعیت بدتری داشتند. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود برای بهبود کیفیت زندگی و سازگاری با هویت جدید در این بیماران، مؤلفه‌های گفته شده مورد توجه ویژه قرار گیرند. همچنین این پژوهش نشان داد که افراد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از سبک‌های مقابله‌ای اجتنابی بیشتری نسبت به افراد سالم استفاده می‌کنند. بنابراین آموزش سبک مقابله‌ای کارآمد و مؤثرتر مسأله‌مدار برای توانمند ساختن این افراد در حل مشکلاتشان، ضروری به نظر می‌رسد. لذا امید است یافته‌های این پژوهش برای سلامت روانی این بیماران و ارائه خدمات روان‌شناختی به آنها مورد توجه و استفاده قرار گیرد.

### تقدیر و تشکر

پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از انجمن مولتیپل اسکلروزیس تهران و بیماران عضو این انجمن که صمیمانه با وجود معضلات فراوان در انجام پژوهش و تکمیل پرسشنامه‌ها همکاری کردند، ابراز می‌دارند.

## منابع

- Calsbeek, H., Rijken, M., Hengowen, G.P.B., Dekker, J. (2002). 5 factor structure of coping inventory for stressful situations (CISS-21) in adolescents and young adults with chronic digestive disorders. Available at: <http://igiturarchivelibrary.uu.nl/dissertations/2003-2010-094857/c5.pdf>.
- Chiaravalloti, N.D. & DeLuca, J. (2008). Cognitive impairment in multiple sclerosis. *The Lancet Neurology*, 7(12), 1139–1151.
- Endler, N.S. & Parker, J.D.A. (1990). Coping inventory for stressful situations (CISS): manual. *Toronto: Multi-Health Systems, Inc.*
- Ghasemi, M., Gorji, Y., Ashtar, F. & Ghasemi, M. (2015). A study of psychological well-being in people with multiple sclerosis and their primary caregivers. *Advanced Biomedical Research*, 4, 49-61.
- Hart, S., Fonareva, I., Merluzzi, N. & Mohr, D.C. (2005). Treatment for depression and its relationship to improvement in quality of life and psychological well-being in multiple sclerosis patients. *Quality Life Research*, 14, 695–703.
- Mitchell, A. J., Benito-León, J., Morales González, J.M. & Rivera-Navarro, J. (2005). Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating physical and psychological components of well-being. *The Lancet Neurology*, 4(9), 556-566.
- Pagnini, F., Bosma, C.M., Phillips, D. & Langer, E. (2014). Symptom changes in multiple sclerosis following psychological interventions: a systematic review. *BMC Neurology*, 14, 222-230.
- Piotrowska, K.K., Piotrowska, T.K. & Samochovec, J. (2010). Self perception among patients with multiple sclerosis. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*, 3: 63–68.
- Reeve, D., Gayson, C. & Stephan, T. (2014) Increasing NICE compliance in multiple sclerosis and cognition: a service evaluation. *Social Care and Neurodisability*, 5(2), 102-110.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Society Psychology*, 57, 1069-1081.
- Ukueberuwa, D.M. & Arnett, P.A. (2014). Evaluating the role of coping style as a moderator of fatigue and risk for future cognitive impairment in multiple sclerosis. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 751–755.
- امیرغلامی، ا. و حیدری، ع. (۱۳۹۳)، «بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی بیماران ام‌اس شهر اهواز»، کنفرانس آسیب‌شناسی، ریشه‌یابی، و ترمیم در روان‌شناسی، شیراز.
- بساکنزاد، س.، رحیمی، ه.، زرگر، ی. و مجدلی‌نسب، ن. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مدیریت استرس به شیوه‌ی شناختی - رفتاری بر خستگی مزمن و سبک‌های مقابله در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس، فصلنامه علمی پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، ۱۰(۳)، ۱۷۲-۱۶۵.
- بیانی، ع. ا.، محمدکوچکی، ع. و بیانی، ع. (۱۳۸۷) روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۲)، ۱۵۱-۱۴۶.
- شمیلی، ف.، زارع، ح. و اورکی، م. (۱۳۹۲) پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس براساس ادراک بیماری. مجله پزشکی ارومیه، ۲۴(۶)، ۳۹۲-۳۷۹.
- فامیل‌شریفیان، ی.، خلیلی، م.، حسن‌زاده پشنگ، س.، کمرزرین، ح. و تقی‌زاده، م. ا. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی گروه شناختی - رفتاری بر سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس از نوع شروع اولیه، مجله پزشکی ارومیه، ۲۴(۹)، ۶۶۴-۶۵۲.
- مجدلی، ن.، آقایی، ا.، گلپور، م. و اعتمادی‌فر، م. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش گروهی شناختی - رفتاری بر استرس بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳۲، ۱-۱۶.
- Albuquerque, C., Geraldo, A., Martins, R. & Ribeiro, O. (2015). Quality of life of people with multiple sclerosis: clinical and psychosocial determinants. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 171, 359-365.
- Barak, Y. & Achiron, A. (2011). Happiness and personal growth are attainable in interferon-Beta-1a treated multiple sclerosis patients. *Journal of Happiness Studies*, 12, 887–895.
- Barker, A.B., Nair, R.D., Lincoln, N.B. & Nigel, H. (2014). Social identity in people with multiple sclerosis: a meta-synthesis of qualitative research, *Social Care and Neurodisability*, 5(4), 256-267.
- Bassi, M., Falautano, M., Cilia, S., Goretti, B., Grobberio, M., Pattini et al. (2015). Illness perception and well-being among persons with multiple sclerosis and their caregivers. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, DOI 10.1007/s10880-015-9425-8
- Baysan; M, (2012). Situations-short form (CISS-21) in a non-clinical turkish sample. *Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 25:101-107.